

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS



N°

78

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

Daniel MULLER

né le 10 juin 1937 à Courbevoie (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le :

1969

ROLE DU MEDECIN PRATICIEN DANS LA PLANIFICATION DES NAISSANCES.

Président : Monsieur MERGER, Professeur.

EDITIONS A G E M P 40 RUE PASCAL PARIS

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1968

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

Daniel MULLER

né le 10 juin 1937 à Courbevoie (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le :

ROLE DU MEDECIN PRATICIEN DANS LA PLANIFICATION DES NAISSANCES.

Président : Monsieur MERGER, Professeur.

EDITIONS A G E M P 40 RUE PASCAL PARIS



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy (M^{lle} J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN Georges BROUET.

1^{er} ASSESSEUR Daniel BARGETON

2^e ASSESSEUR Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
—	HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
—	DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale	MATHÉ (G.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
—	COUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRIGAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
—	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	MM. N...
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	N...

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.)
Physiologie	{ DEJOURS (P.)
	{ SCHERRER (J.)
	{ KELLERSHOHN (L.)
Physique médicale	{ GOUGEROT (L.)
	{ ROUCAYROL (J.-Cl.)
	{ TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique	DENOIX P.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)	LENÈGRE (J.)
	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	BAUMANN (J.)
Cliniques chirurgicales	LEGER (L.)
	PATEL (J.)
	GOSSET (J.)
	SICARD (A.)
	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)	PADOVANI (P.)
— — — (Beaujon)	CAUCHOIX (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)	HUQUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
	DEPARIS (M.)
	MILLIEZ (P.)
	N...
Cliniques médicales	BARIÉTY (M.)
	DREYFUS (G.)
	CONTE (M.)
	KOURILSKY (R.)
	BOUDIN (G.)

Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque Saint-Antoine
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	LACOMME (M.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	MERGER (R.)
— — (Cochin)	VARANGOT (J.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	OFFRET (G.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)	BREGEAT (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	AUBRY (M.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	THIEFFRY (S.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	BROUET (G.)
Clinique de rhumatologie (Lariboisière)	MICHAUX (L.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	COSTE (F.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	SÈZE (S. de)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	DECHAUME (M.)
Clinique toxicologique (F. Widal)	ROUX (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	GAULTIER (M.)
— — (Necker)	JUDET (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	ABOULKER (P.)
Sémiologie médicale (A. Chantin)	COUVELAIRE (R.)
— — (Lariboisière)	LAPLANE (R.)
— — (Pitié)	DOMART (A.)
— — (Rothschild)	BOUVRAIN (Y.)
Sémiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	RAMBERT (P.)
	WOLFROMM (R.)
	POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie	ANDRÉ (R.)
Hydrologie et climatologie	BOUSSER (J.)
Maladies infectieuses	GIBERTON (A.)
	BASTIN (R.)
	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	CAROLI (J.)
	DREYFUS (B.)
	GROSSIORD (A.)
Médecine	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F.)
	WORMS (R.)
Néphrologie	RICHTET (G.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl.) ROYER (P.) KREIS (B.) MEYER (A.) DELBARRE (F.)
Pneumo-Phtisiologie	
Rhumatologie	

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM		MM.
Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)	Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)	Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Biochimie médicale	{ CARTIER (P.) GONNARD (P.) NORDMANN (J.)	Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)	Physique médicale	{ COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)	Physiologie	GIRARD (Fr.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (B.)	Stomatologie	CHAPUT (M ^{me} A.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologique	SCHWARTZ (D.)

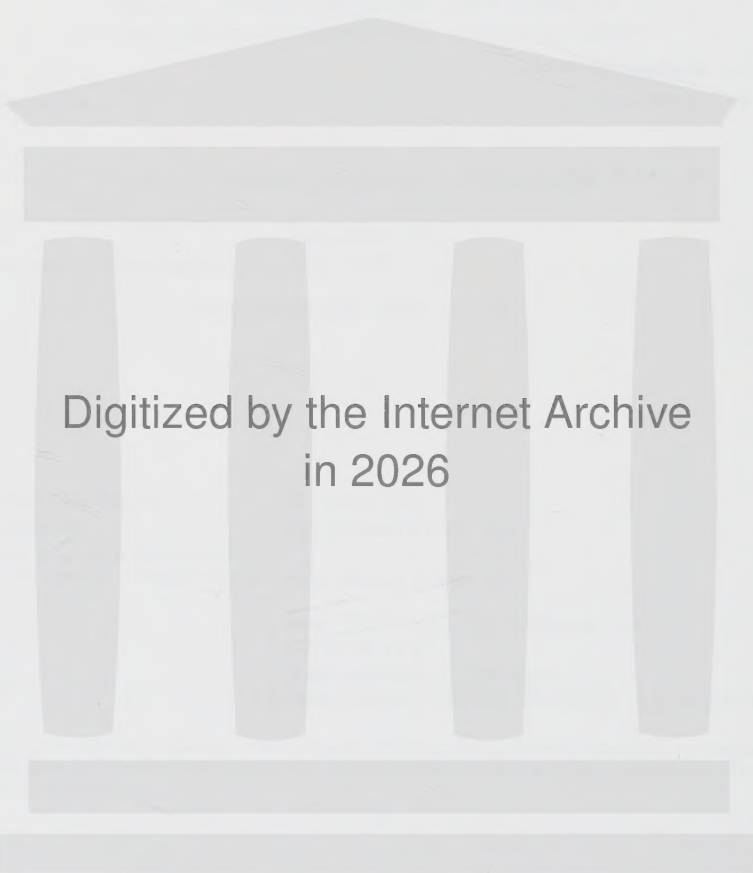
Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateurs	{ Miles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires	{ Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Miles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma Femme,

A ma Fille,

Avec toute ma tendresse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A mes Parents

Que ce travail leur apporte le
témoignage de mon affection et
de ma reconnaissance.

A mes Beaux Parents

A ma Famille.

A Monsieur le Professeur Robert MERGER

Professeur de Clinique Obstétricale à la
Faculté de Médecine de Paris,

Gynécologue accoucheur du Centre Hospitalo-
Universitaire Saint-Antoine,

Président du Conseil Départemental de l'Ordre
des Médecins de la Seine,

Officier de la Légion d'Honneur.

qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

Hommage respectueux.

A Madame le Docteur Hélène MICHEL-WOLFROMM

Attachée de Psychosomatique à la Clinique
Gynécologique de l'Hôpital Broca,

A qui nous devons l'inspiration de ce
travail,

Qu'elle veuille bien trouver ici l'ex-
pression de notre vive reconnaissance,

A Mademoiselle le Docteur Jacqueline REY

Chargée de la Consultation de Gynécologie
Psychosomatique à l'Hôpital Rottschild,

Qui nous a aidé avec patience et
compréhension, et dont les con-
seils et les réflexions nous ont été
très utiles.

Qu'elle veuille bien accepter ici nos
remerciements.

A Monsieur le Docteur Jacques BRUNETON

Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Médecine
de Paris,

Chirurgien de l'Hôpital de Montmorency

qui nous a accepté dans son service
et à qui nous devons notre première
approche de la Chirurgie.

A Monsieur le Docteur Robert LAMY

Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Médecine
de Paris,

Médecin de l'Hôpital de Montmorency

Nous avons reçu dans son service, un
enseignement de grande valeur;

Qu'il veuille bien accepter nos remer-
ciements.

A Messieurs les Docteurs

Robert ALEXANDRE

Daniel de SEGUIN (in memoriam)

René SYLVESTRE

Qu'ils acceptent ici nos remerciements pour l'aide qu'ils nous ont apportée au cours de nos études.

ROLE DU MEDECIN PRATICIEN
DANS LA PLANIFICATION DES NAISSANCES.

PLAN

INTRODUCTION

Chapitre I	Historique
Chapitre II	Méthodes actuelles et leurs applications
Chapitre III	Rôle du médecin praticien
Chapitre IV	A propos de quinze observations personnelles

CONCLUSIONS

BIBLIOGRAPHIE

oOo

INTRODUCTION

Le sujet de cette thèse, l'esprit même sont au départ fortement contestés par la majorité du corps médical.

Le Médecin doit-il ou non prendre parti dans les problèmes intimes des couples, en ce qui concerne l'espacement des naissances ? Doit-il engager, voire provoquer le dialogue ? La contraception doit-elle être appliquée dans un but socio-économique seul, sans indication purement médicale ?

C'est à ces questions que ce travail se veut de répondre.

En 1962, déjà, dans sa thèse de Médecine, SIBERT préconise que dans certains cas (grossesses répétées et rapprochées, logement exigu, ressources matérielles insuffisantes), une stérilisation chirurgicale peut être envisagée. Il apportait comme arguments le manque d'efficacité des contraceptifs locaux, et les contraintes qu'ils imposent, ou les inconvénients à long terme des contraceptifs oraux.

Les temps ont changé, et en six ans des progrès considérables ont été accomplis dans ces domaines; et l'on peut dire actuellement que la stérilisation féminine préventive est une solution à n'envisager que dans de très rares cas.

La planification des naissances est un sujet d'actualité; petit à petit les Français - qui ont de tout temps pratiqué par de mauvais moyens une contraception individuelle - découvrent que les moyens actuels mettent à leur disposition un plus grand "confort".

Cette évolution va de pair avec l'émancipation de la Femme et son meilleur épanouissement. La Femme ne veut plus être dépendante de l'homme, en ce qui concerne les naissances.

Nous étudierons donc les divers moyens contraceptifs mis à la disposition des patients et des Médecins, les rapports avec le Médecin, et les aspects d'une bonne contraception.

Chapitre I

HISTORIQUE

De tout temps les couples réguliers ou irréguliers ont cherché à limiter, espacer, voire même éviter les naissances.

Les premiers écrits parlant de contraception se trouvent dans la Bible (Genèse, ch. XXXVIII, versets 9 à 11) : *"Juda dit à Onan : va vers la femme de ton frère (ce dernier étant décédé), prends la comme beau-frère (selon la loi juive) et suscite une postérité à ton frère ; Onan sachant que cette postérité ne serait pas à lui se souillait à terre lorsqu'il allait vers la femme de son frère, afin de ne pas donner de postérité à son frère..."* Nous pouvons donc admettre qu'Onan pratiquait déjà le coït interrompu. Il est à noter que le terme d'onanisme, qui devrait nommer cette méthode, est le plus souvent confondu avec "masturbation".

La contraception orale est conseillée au Vè Siècle Avant J. C. dans des écrits indument attribués à Hippocrate : on y conseille l'absorption de MISY, minéral contenant du sulfate de fer basique et du sulfate de cuivre.

C'est au IIè Siècle Après J. C. que l'on parle de préservatifs, première allusion plus mythologique que médicale, dans la légende du roi Minos, roi de Crête et de Pasiphaé :

"La semence de Minos contenait des serpents des scorpions et toutes les femmes avec qui il cohabitait succombaient. C'est pourquoi il épousa Pasiphaé, fille immortelle du roi Soleil, mais cette union restait stérile. Prokris, fille d'Erechtheus qui à la suite d'une querelle avec son mari Céphalus s'était réfugiée chez Minos sut vaincre cette stérilité d'origine masculine : elle imagina de glisser la vessie d'une chèvre dans le vagin d'une femme, c'est dans cette vessie que Minos déversa d'abord les serpents, puis il alla retrouver Pasiphaé et cohabita avec elle. Ainsi Pasiphaé put enfanter non seulement Ariane et Phèdre, mais encore deux filles et quatre fils".

C'est au XVIè Siècle, en 1555 que Gabriel FALLOPIO, dit Fallope conseille d'utiliser pour se préserver des maladies vénériennes "un petit fourreau de linge fin, fait sur mesures, trempé dans une décoction préparée avec des herbes astringentes".

Le procédé est repris en 1640 par RANCHIN, Professeur à Montpellier, dans un ouvrage intitulé : "Traité de l'origine, nature causes, signes, cure et préservation de la vérole".

En 1717 apparaît à Londres pour la première fois le nom de CONDUM dans un livre : "Syphilis a pratica (Dissertation on the venereal disease)" publié par le Docteur Daniel TURNER.

C'est en 1918, que OGINO précise la date de l'ovulation : entre le 12^e et le 16^e jour avant les règles suivantes, et c'est en 1932 qu'il publie sa méthode de calcul de la période de fécondité, basée sur la longueur des 12 derniers cycles.

Quand à KNAUSS, il écrivait :

"La menstruation n'est pas une malédiction dont le Créateur a voulu frapper la femme, mais une institution qui sert de clef à l'homme doué de réflexion pour calculer les dates de la conception, et pour résoudre naturellement l'un des plus grands problèmes de la vie."

En ce qui concerne la méthode des températures, VAN de VELDE, accoucheur hollandais décrit en 1904 la courbe biphasique normale et en soupçonna les corrélations avec les phénomènes ovariens.

En 1937, RUBENSTEIN aux Etats Unis décrit le minimum thermique du 14^e jour comme correspondant au frottis vaginal d'ovulation, et à un maximum d'action oestrogène.

En 1938, R. PALMER démontre que : "dès que le décalage a eu lieu, on trouve constamment du glycogène dans l'endomètre, preuve d'un corps jaune actif, et que l'on peut reproduire artificiellement le cycle thermique par injections successives d'oestrogènes puis de progestérone.

Imaginé en Allemagne et en Hollande à la fin du XIX^e Siècle, l'emploi des préservatifs féminins s'est progressivement répandu en Europe du Nord à partir de 1910, bien plus tardivement dans les pays Latins et notamment en France, d'abord en marge de la loi.

Les contraceptifs endo-utérins furent utilisés pour la première fois par un gynécologue berlinois : GRAFENBERG, en 1927, qui se servait de fils de soie ou d'argent; mais les nombreux accidents infectieux ou hémorragiques qu'ils entraînaient les firent abandonner. C'est en 1957 que la Fédération Américaine du Planning Familial les étudie à nouveau, et les expériences décisives eurent lieu en Israël, au Japon, au Pakistan, à Formose, au Chili, et à Porto Rico.

En 1937, MAKE PEACE, WEINSTEIN et FRIEDMANN montrèrent par expérimentation animale que la progestérone inhibe l'ovulation; il fut également démontré que d'autres stéroïdes, tels que la testostérone, et les oestrogènes produisent le même effet.

En 1956, ROCK, GARCIA et PINCUS après avoir étudié de nombreux progestagènes synthétiques expérimentent à Porto Rico une association de Noréthynodrel (9,85 mg) et d'éthinyl oestradiol éther (0,5 mg).

Le résultat dépassa les espérances et plaça cette méthode en tête (et de loin) sur le plan de l'efficacité. Ce fut la "Révolution" et le début de l'ère moderne dans le domaine de la contraception.

Ce rapide historique ne serait pas complet si nous ne rappelions pas ici trois dates importantes : le follicule ovarien a été découvert par DE GRAAF en 1673; les spermatozoïdes ont été découverts en 1677 par HAM; l'ovule a été découvert en 1827 par VON BAER; quant à la fécondation, elle a été étudiée par HARTWIG en 1875.

oOo

CHAPITRE II

LES METHODES ACTUELLES ET LEURS APPLICATIONS

1 - CRITERES D'UNE BONNE METHODE

- 1.1 - Efficacité
- 1.2 - Simplicité
- 1.3 - Inocuité
- 1.4 - Réversibilité dans le temps
- 1.5 - Acceptabilité

2 - PROCEDES ACTUELS

- 2.1 - L'homme assume seul la responsabilité
 - 2.1.1 - Préservatifs
 - 2.1.2 - Coït interrompu
 - 2.1.3 - Coït réservé
- 2.2 - Le couple assume la responsabilité
 - 2.2.1 - Méthode des températures
 - 2.2.2 - Méthode de l'abstinence périodique
- 2.3 - La femme assume seule la responsabilité
 - 2.3.1 - Contraceptifs locaux
 - 2.3.1.1 - Diaphragmes
 - 2.3.1.2 - Capes cervicales
 - 2.3.2 - La contraception orale
- 2.4 - Le stérilet

1 - CRITERES D'UNE BONNE METHODE CONTRACEPTIVE

=====

Ils sont au nombre de cinq : efficacité, simplicité, inocuité, réversibilité dans le temps et acceptabilité. Nous les étudierons successivement.

1.1 - Efficacité

La meilleure méthode est dans un cas donné celle qui donne le moins de grossesses-surprises. Le taux d'échec est calculé de la façon suivante :

$$R = \frac{\text{Nombre total de grossesses-surprises} \times 1200}{\text{Nombre total des mois d'exposition}}$$

le dénominateur de cette fraction est le nombre de mois d'exposition, c'est à dire que l'on déduit du nombre total de mois depuis la mise en route du procédé contraceptif, les mois où la conception était impossible (grossesse, absence, maladie.).

Une méthode donnée ne peut être jugée que sur des grands nombres, par des statistiques homogènes sur un même type de population, car la fécondabilité varie d'une femme à l'autre, de même que la "virulence" du sperme varie d'un homme à l'autre, et d'un moment à l'autre.

1.2. Simplicité

La méthode doit être accessible à la compréhension du maximum des individus ; elle ne doit pas faire intervenir des connaissances particulières, ni des techniques compliquées ; par ailleurs, elle doit être d'une application facile.

1.3. Inocuité

C'est une évidence ; on ne doit pas remplacer un mal par une catastrophe.

1.3.1. Inocuité immédiate locale et générale.

La méthode utilisée ne devra provoquer aucune modification locale : érosion, métrite, dysplasie, ni aucune réaction allergique.

Quant aux pilules bloquant l'ovulation, des études poussées semblent avoir prouvé leur inocuité sur le sang, le foie, les reins, les surrénales, à condition de respecter les contrindications.

1.3.1. Inocuité dans le futur.

On a craint le risque de cancers, alors qu'il semble qu'il y ait diminution des cancers génitaux chez les populations de femmes traitées par les Norstéroïdes progestatifs, comparées à des populations de femmes non traitées. (contrôles fréquents par frottis de dépistage).

1.3.3. Inocuité pour le fœtus en cas de grossesse-surprise.

Il n'y a pas de taux anormal d'avortement ou d'enfants malformés après l'un ou l'autre des procédés locaux ; avec les Norstéroïdes progestatifs, on a pu observer la virilisation d'un fœtus femelle, s'ils sont pris entre la 7^e et la 12^e semaine de gestation. Or certaines grossesses-surprises liées à une prise irrégulière du produit sont souvent méconnues à cette époque. C'est pourquoi l'on conseille habituellement aux femmes traitées de cesser la prise du médicament, si les règles n'apparaissent pas au 28^e jour.

1.4. Réversibilité dans le temps.

A tout moment le couple qui a fait choix d'une méthode contraceptive doit pouvoir engendrer un enfant, si tel est son désir, immédiatement en stoppant l'utilisation du moyen adopté.

Ce critère élimine d'emblée deux méthodes dont nous ne reparlerons plus : la vasectomie et la ligature des trompes.

1.5. Acceptabilité.

1.5.1. Facilité d'application.

En toutes circonstances de temps et de lieu le moyen choisi doit pouvoir être appliqué ou absorbé.

1.5.2. Conservation de l'eupareunie.

L'atténuation des sensations sexuelles ou la perception fâcheuse d'un objet, d'un lubrifiant ou d'une odeur peuvent être un obstacle pour certains. (à noter que certains hommes déclarent sentir le diaphragme, alors même que leur femme ne le porte pas.)

1.5.3. Obstacles religieux et moraux.

La religion catholique interdit toute méthode s'opposant au déroulement normal et complet de l'acte sexuel ; on comprend alors mal pourquoi elle ne condamne pas explicitement le coït réservé, considéré par les sexologues comme une aberration, et comme cause de troubles fonctionnels par les urologues. Les morales protestante et laïques n'ont pas d'objection majeure contre l'utilisation de telle ou telle méthode ; les plus fortes inhibitions sont les inhibitions inconscientes et les tabous ancestraux.

1.5.4 - Le prix de revient et la facilité de réapprovisionnement :

Entrent aussi en ligne de compte, à l'heure actuelle la contraception ne revient pas cher : 5 à 7 frs par mois pour la pilule, 20 à 30 frs par an pour un diaphragme, 50 frs pour la pose d'un stérilet.

1.5.5 - Aspect légal :

Le récent décret modifiant la loi de 1920 a tendance fâcheuse à réglementer la distribution des pilules de la même façon que celle des médicaments du tableau B, pouvant créer une confusion dans l'esprit du public et du Pharmacien, comparant la pilule à une drogue, et l'utilisatrice à une droguée. Quand aux diaphragmes et capes, ils seraient en vente libre au même titre que les préservatifs masculins, qui rappelons le ne sont vendus en France à ce jour que parce qu'ils sont prophylactiques des maladies vénériennes.

2 - PROCEDES ACTUELS

=====

2.1 - Méthodes imposant à l'homme la responsabilité de la contraception.

2.1.1 - Les préservatifs :

Sans insister sur leur mode d'emploi, ni sur leur utilisation, disons qu'ils sont vendus à une large échelle. Bien que certains hommes les considèrent comme une castration imposée par la femme, ils les utilisent car ils tiennent à conserver l'initiative de la contraception. L'école anglaise conseille de les utiliser avec une crème spermicide.

2.1.2 - Le coït interrompu :

Nous pouvons le considérer comme la plus vieille méthode, et c'est encore à l'heure actuelle la plus utilisée. Elle consiste à éjaculer hors du vagin ("labourer sans semer" Dr. SOUBIRAN dans "Le journal d'une femme en blanc"). Il faut noter que dans le cas de deux rapports consécutifs, l'homme a intérêt à uriner entre les deux afin de "laver" l'urètre des éventuels spermatozoïdes qui s'y trouveraient encore. Cette méthode est mal supportée par certaines femmes qui ne peuvent admettre cette brutale séparation de l'homme qu'elles aiment; quant aux frigides, elles en sont ravies.

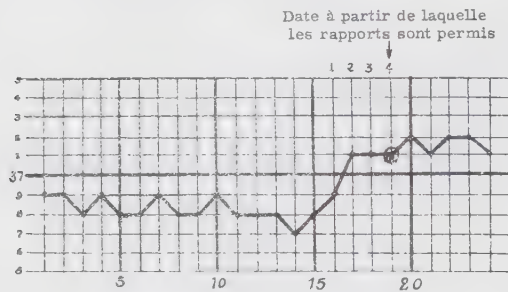
2.1.3 - Le coït réservé :

N'est pas à la portée de tous les hommes : il consiste à supprimer l'éjaculation par une contraction permanente et énergique des muscles périnéaux. Cette méthode entraîne des troubles mineurs à type de dysurie, par la stase veineuse pelvienne qu'elle provoque, et risque d'accélérer une rétention aiguë d'urine chez le prostatique.

2.2 - Méthodes imposant au couple la responsabilité de la contraception.

2.2.1 - Méthode des températures :

Elle consiste à déterminer le moment de l'ovulation par prise de la température rectale du matin avant le lever, avec le même thermomètre médical, au cours du cycle normal, on observe le schéma suivant :



Exemple de courbe de température

On autorise les rapports à partir du quatrième jour de décalage ascendant, à condition que ce décalage soit progressif.

La période de sécurité est ainsi très brève, puisque dans la première partie du cycle les rapports peuvent être féconds, certains couples utilisent cette méthode en association avec d'autres, préservatifs ou diaphragme.

2.2.2 - Abstinence périodique :

Calquée sur les méthodes Ogino Knauss, elle est toujours en vigueur, quoique n'apportant aucune sécurité, étant données les irrégularités des cycles de la majorité des femmes, et l'imprécision de la date de présomption de l'ovulation. Par des calculs assez compliqués, on tente de déterminer la période de fécondité, tenant compte à la fois des

cycles les plus longs, des cycles les plus courts et de la survie des spermatozoïdes. Certains couples utilisent cette méthode conjointement avec une autre.

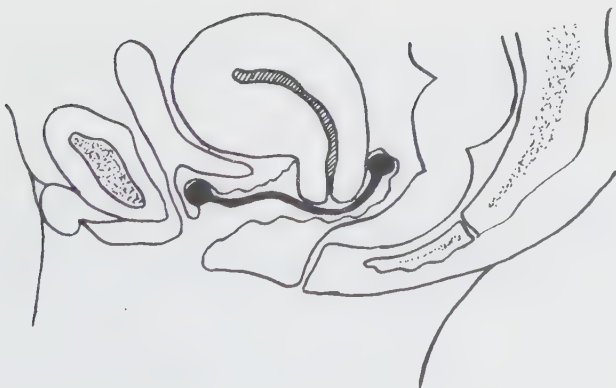
2. 3 - Méthodes imposant à la femme la responsabilité de la contraception.

2. 3. 1 - Contraceptifs locaux :

Ils seront indiqués si la conformation anatomique de la femme le permet : fossette rétro-pubienne suffisamment profonde pour un diaphragme, col assez long pour une cape. Le Médecin enseignera à la femme la technique de pose, qui est très facile et est, dans la majorité des cas, vite assimilée.

2. 3. 1. 1 - Le diaphragme :

Fabriqué en caoutchouc ou en matière plastique, est constitué d'un centre hémisphérique souple et d'un bord rigide formé soit d'un ressort, soit de fils métalliques, gain s de caoutchouc. Il en existe de tailles variables, de 50 à 90 mm par graduations de 2,5 en 2,5 mm.

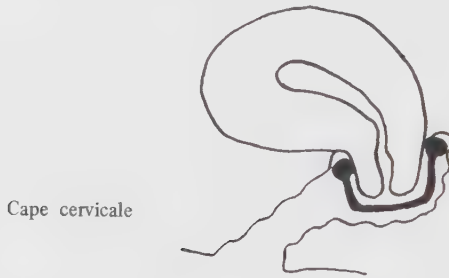


Diaphragme en place dans le vagin

Le diaphragme doit être placé dans le vagin, avant les rapports, avec une crème spermicide, et laissé en place huit heures après le dernier rapport. Le taux d'échecs de cette méthode, selon une statistique de Mme WEIL HALLE, est de 4, 4 grossesses pour 100 années d'exposition.

2. 3. 1. 2- Cape cervicale :

En caoutchouc ou en plastique, elle est placée sur le col utérin qu'elle recouvre en doigt de gant. Elle doit aussi être appliquée avec une crème spermicide, et laissée en place huit heures après le dernier rapport.



2. 3. 2 - Contraception orale :

Elle consiste à bloquer l'ovulation par la prise cyclique d'oestro-progestagène. Les produits actuellement commercialisés sont dosés au minimum hormonal, de façon à minimiser les troubles généraux provoqués par les premiers produits utilisés.

Au point de vue chimique, ce sont des progestatifs de synthèse, associés la plupart du temps à un oestrogène. Ils sont administrés d'une façon cyclique à partir du cinquième jour du cycle, pendant une durée de 20, 21 ou 22 jours suivant les spécialités, avec arrêt pendant 6 jours, et reprise selon le même processus.

Une autre méthode consiste à administrer le progestatif du 20 au 24^e jour du cycle, tandis que l'oestrogène est pris du 5^e au 24^e jour.

Notons l'apparition récemment d'une nouvelle spécialité administrée d'une manière continue, qui ne bloque pas l'ovulation, mais modifie la glaire cervicale, empêchant le passage des spermatozoïdes. (On a pu constater que l'utilisation de cette spécialité entraînait un taux d'échec de l'ordre de 4 à 5 p. 100).

Quelque soit la spécialité utilisée, la prise du médicament doit être effectuée de manière strictement régulière, sans aucun oubli, faute de quoi une grossesse pourrait survenir.

Les troubles secondaires entraînés par l'utilisation des progestatifs sont actuellement réduits au minimum; toutefois on peut observer lors du premier mois : nausées, vomissements, métrorragies, qui cèdent habituellement très vite, on pourra être amené à changer de spécialité; à la recherche de celle qui sera le mieux toléré.

Les contraindications formelles sont :

- antécédents de phlébite,
- diabète,
- ictères et troubles fonctionnels hépatiques,
- obésité,
- psychoses graves.

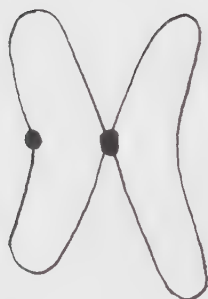
Les résultats sur le plan de l'efficacité sont très encourageants, avec 100 pour 100 de réussite, à condition d'une prise régulière du médicament. Les produits, en vente en France sont en progression constante, tant en nombre qu'en spécialités.

2.4 - Le stérilet :

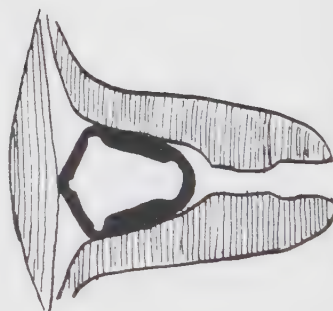
Toutes les méthodes citées précédemment exigent effort et discipline, à l'opposé, une fois posé par le gynécologue, le stérilet n'exige plus aucun effort de la part de la femme.

Il existe à l'heure actuelle diverses formes de stérilet : ce sont des anneaux, de boucles ou des spirales placés dans la cavité utérine, à demeure. Leur mode d'action est encore mal connu : d'une part, il semble qu'ils accélèrent le péristaltisme des trompes et de l'utérus, et perturbent le cheminement normal de l'ovule; l'oeuf immature ne peut être fécondé; pour d'autres, le stérilet empêcherait la nidation de l'oeuf fécondé. Des études récentes ont montré que le stérilet augmentait le risque de grossesse extra-utérine, et en particulier de grossesse ovarienne.

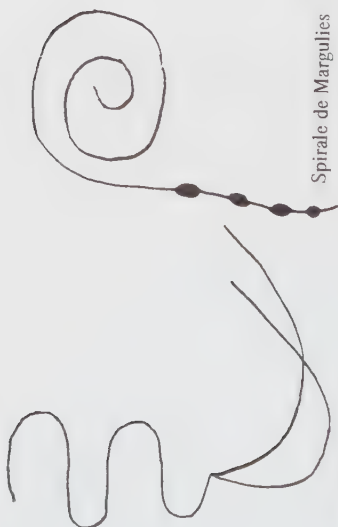
Un des risques majeurs de cette méthode est la perte du stérilet sans que la femme s'en aperçoive; c'est pourquoi elle devra de temps en temps s'assurer de la présence de l'appareil en sentant avec le doigt le fil qui pend dans le vagin. Par ailleurs on a pu observer des grossesses normales menées à terme avec le stérilet retrouvé dans les membranes.



Noeud de Bimberg



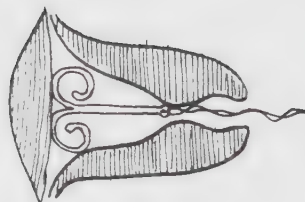
Polygone "Antigone"



Spirale de Margulies



Double S de Lippes



SAF-T-COIL 33 S

QUELQUES STERILETS PARMI
LES PLUS UTILISES.

Sur le plan local, la tolérance est généralement bonne; en cas d'intolérance le stérilet est rapidement éliminé après sa pose. Quelques troubles peuvent être observés au début :

- douleurs pelviennes,
- métrorragies.

On conseille de ne pas garder un stérilet plus de deux ans; par ailleurs on s'abstiendra d'en poser aux nullipares. Dans nos pays le stérilet est particulièrement indiqué lorsque toutes les autres méthodes sont déconseillées, ou ont échoué, et particulièrement chez les femmes présentant de graves troubles psychiques (schyzophrénie essentiellement). Ce sera le moyen contraceptif de masse (Indes), étant donné sa facilité de pose, et l'absence de coopération de la femme.

Lorsqu'il est bien toléré localement, le stérilet constitue au point de vue psychologique la méthode idéale.

CHAPITRE III

ROLE DU MEDECIN PRATICIEN

1 - ROLE DU MEDECIN

2 - MOMENTS OU LE MEDECIN PEUT INTERVENIR

- 2.1 - A la demande de la patiente
- 2.2 - Au cours de la visite prénuptiale
- 2.3 - Après un accouchement
- 2.4 - Après une fausse couche provoquée ou non
- 2.5 - A l'occasion d'un autre acte médical,

3 - COMMENT INTERVENIR

- 3.1 - Engager le dialogue
- 3.2 - Expliquer l'anatomie et la physiologie, exposer les différents procédés
- 3.3 - Guider le choix
 - 3.3.1 - Aspects médicaux du choix
 - 3.3.2 - Aspects psychologiques

4 - MOYENS A LA DISPOSITION DU MEDECIN

- 4.1 - Les études médicales
- 4.2 - Le mouvement Français pour le Planning Familial
- 4.3 - Les textes de loi
- 4.4 - Les points de vue moraux et religieux

1 - LE ROLE DU MEDECIN DANS LA REGULATION DES NAISSANCES

=====

De tout temps le médecin a assumé auprès de son patient et de sa famille le rôle de confident, et de conseiller pour toute affaire un peu grave, délicate ou intime, et plus spécialement pour tout ce qui concerne la sexualité. Doit-il dénier ce rôle sur le chapitre de la régulation des naissances, où justement il s'avère particulièrement important qu'il le joue ? Et s'il démissionne de son rôle traditionnel, sur quelle personne possédant des connaissances psychologiques, physiologiques et techniques que le Médecin est seul à posséder, devrait-il se décharger ?

En effet, le médecin seul est capable de guider le choix d'une méthode contraceptive, d'en exposer les applications, d'enseigner à ses patients comment en tirer le meilleur parti; seul il est capable de pratiquer un examen clinique local et général, un examen psychologique, et d'en déduire quelle est la meilleure méthode pour un cas donné.

L'intérêt de la régulation des naissances n'est plus à démontrer; il s'agit d'une mesure d'hygiène mentale et sexuelle. Dossocier activité sexuelle et fonction de reproduction, c'est rétablir la sexualité dans sa dignité première, permettre la communication affective et la relation humaine la plus belle et la plus complète. Quand la contraception améliore l'entente sexuelle et affective d'un couple, elle améliore également le climat familial, et les enfants en bénéficient. De plus en plus nombreux sont ceux qui souhaitent choisir le moment qui leur semble le plus opportun pour avoir un enfant dans les meilleures conditions possibles. On sait que l'enfant non désiré est souvent mal accepté, mal aimé, donc handicapé ; que la mère célibataire, louée par les uns, décriée par les autres, semble peu apte à assumer l'éducation de l'enfant de façon satisfaisante, que l'avortement provoqué est psychologiquement et physiquement traumatisant et que des femmes jeunes meurent encore de nos jours des suites de manœuvres abortives. Récemment une affaire d'infanticide a montré jusqu'où peut aller le refus d'accepter l'enfant non désiré dans un cercle de famille. Heureusement la contraception est devenue un problème de pratique médicale courante.

2 - MOMENTS OU LE MEDECIN PEUT INTERVENIR =====

2.1 - A la demande de la patiente :

Evidemment, mais rares sont les femmes qui viennent délibérément demander un conseil de contraception. Il faut savoir susciter la question, tendre la perche, car bien souvent la femme hésite, demande une consultation médicale sous de faux prétextes, des dysménorrhées par exemple, et qui sont un moyen d'entrer en contact avec le médecin, et que ce dernier devra savoir reconnaître.

2.2 - Au cours de la consultation pré-nuptiale :

De plus en plus nombreux sont les jeunes couples qui profitent de cette occasion pour demander conseil au Médecin; ils se marient très jeunes le plus souvent, achètent un appartement ou bien n'ont pas achevé leurs études, ou encore le mari est au service militaire, ils ne désirent donc pas tout de suite un enfant. D'autre part, les premiers temps du mariage sont une période d'adaptation sexuelle importante, au cours de laquelle on ne doit rien négliger de ce qui peut la favoriser; bien souvent on parle à tort de frigidité, oubliant de dire que les relations sexuelles demandent parfois un certain temps avant de devenir satisfaisantes pour la jeune femme; la peur de la grossesse n'explique pas tout, elle n'est qu'une peur parmi toutes celles que suscite le monde réel ou imaginaire de la sexualité.

Dans le cas du jeune couple qui se marie, la pilule semble tout indiquée : elle permet une liberté totale des rapports sexuels, sans s'occuper de quoique ce soit, respectant la spontanéité et la poésie de l'acte. Par ailleurs, il est indiqué de prescrire l'ovariostatique avant le mariage, afin que la jeune femme s'y habitue, et que son voyage de noces ne soit pas transformé en cauchemard par les troubles fonctionnels que la pilule entraîne parfois au cours du premier mois d'utilisation.

2.3 - Après un accouchement :

La jeune mère, et c'est normal, ne désire pas se retrouver enceinte trois mois après son accouchement; là aussi c'est un moment important pour intervenir.

Les grossesses successives fatiguent la femme tant sur le plan psychique que physique; une mère débordée par le travail domestique ne peut s'occuper normalement de chacun de ses enfants; il s'en suit un climat de tension psychique permanent, nuisant au développement psychosomatique harmonieux des enfants.

Ici aussi la pilule est très indiquée, à moins que la mère n'allaité son enfant (car on observe une freination de la lactation, et le progestatif passe dans le lait maternel).

Dans la majorité des cas on attendra le retour de couches et la prise du médicament commencera cinq jours après le début des règles. Toutefois on pourra être amené à prescrire le médicament, dans certains cas exceptionnels, dès le dixième jour qui suit l'accouchement; dans ce cas la prise de l'ovariostatique se fera d'une façon continue pendant 60 à 80 jours, avec à l'issue arrêt de 7 jours, et reprise de la thérapeutique cyclique.

En ce qui concerne les contraceptifs locaux (diaphragme, cape), il est déconseillé de les utiliser dans les mois qui suivent l'accouchement, car les tissus vaginaux, sous l'influence de l'imprégnation hormonale sont modifiés, et l'adaptation du procédé local antérieurement utilisé s'en trouve ainsi modifiée.

2. 4 - Après une fausse couche provoquée ou non :

S'il s'agit d'une fausse couche spontanée, il faut en rechercher la cause, qui peut être soit générale (incompatibilité rhésus ou ABO, toxoplasmose, diabète etc...), soit locale (utérus malformé, synéchies utérines, fibrome, etc...) Le danger qu'une nouvelle grossesse peut faire courir à la mère impose l'utilisation provisoire d'un contraceptif.

En cas de fausse couche provoquée, cet acte étant celui d'une femme en détresse, il faut intervenir pour tenter d'éviter la répétition d'un tel geste; le Médecin qui méconnaîtrait ce devoir commettrait une faute grave.

Au cours de notre internat en chirurgie générale, nous avons eu systématiquement une conversation avec toutes les femmes ayant eu un curetage. Dans ce cas précis, nous forçons le dialogue, sans toutefois chercher à nous imposer; il faut bien reconnaître que 50 pour 100 seulement des femmes sont intéressées, et que 25 pour 100 des femmes interrogées sont revenues pour une consultation d'orthogénie. Cependant ce chiffre peu encourageant ne représente que celle qui sont revenues nous voir personnellement; peut être les autres sont-elles allées voir leur Médecin traitant.

Sur les 50 pour 100 de femmes non intéressées, nous trouvons un nombre impressionnant d'éthyliques, mères de familles nombreuses, vivant dans des conditions de logement innombrables, sans ambition matérielle ni intellectuelle, inaccessibles à saisir l'intérêt de la contraception, incapables d'utiliser correctement le moyen contraceptif que nous aurions pu, à force d'insistance, leur faire admettre.

Le reste représente des femmes habituées à faire leurs fausses couches elles-mêmes, ne désirant pas changer de méthode, confondant avortement et contraception.

Si l'on désire prescrire la pilule après une fausse couche, la prise du médicament débutera au 7^e jour après le curetage, et la thérapeutique sera poursuivie normalement.

Mais on conseillera plutôt d'attendre le retour de couches.

2.5 - A l'occasion d'un acte médical quelconque :

Il s'agit ici non pas d'attendre que la patiente vienne demander un conseil, mais de provoquer cette demande, et ceci non seulement à l'occasion d'un acte médical à orientation gynécologique, mais aussi à l'occasion d'un acte quelconque.

Ainsi, par exemple, appelé pour une rhinopharyngite chez un enfant de trois ans, nous nous trouvons dans une famille de trois enfants : 3 ans, 2 ans, 1 an, une mère jeune, 25 ans environ. Après l'examen du malade et la rédaction de l'ordonnance, sur le point de partir, nous posons la question : " vous êtes jeune, vous avez trois enfants rapprochés, désirez vous actuellement une nouvelle grossesse ? " La réponse négative ne se fait pas attendre. Après quelques questions posées à la jeune femme, il s'avère qu'elle a dû quitter son travail pour s'occuper des enfants, qu'elle souffre de cette claustration, que ses rapports conjugaux sont devenus tendus devant la crainte d'un nouvel enfant. Une conversation avec cette jeune femme au cours de la quelle nous lui exposons les possibilités apportées par la contraception, lui expliquons les divers procédés actuels, guidons son choix sur la méthode qui lui conviendra le mieux. lui redonne espoir ; elle désire cependant parler de cela avec son mari avant de se décider. Pour nous c'est une vive satisfaction lorsque nous la revoyons quelques jours plus tard, et qu'elle nous demande la prescription que nous avions envisagée.

Nous avons de nombreux exemples de ce type, et le pourcentage de réponses favorables est élevé, ainsi que l'assiduité avec laquelle la méthode est suivie.

Il faut bien avouer que cette manière d'agir n'est pas traditionnelle de la médecine française, et beaucoup peuvent nous le reprocher, car nous agissons comme un "militant", cependant nous sommes persuadés que dans un grand nombre de cas, il faut agir de cette façon. Bien souvent nous sommes remercié d'avoir engagé le dialogue : lorsqu'une femme découvre qu'il existe des méthodes dont personne ne lui avait parlé, elle ressent quelque amertume d'avoir été laissée si longtemps dans l'ignorance; la plupart des couples appliquent une contraception médiocre, sans chercher à en améliorer la technique. Mais actuellement la femme française progresse; plus mûre et plus disciplinée que son mari, elle tente de planifier seule les naissances. Elle est donc enchantée de trouver un Médecin disposé à l'aider.

3 - COMMENT INTERVENIR =====

3.1 - Engager le dialogue :

Le paragraphe précédent a annoncé celui-ci : le Médecin ne peut pas, ne doit pas rester indifférent aux graves problèmes que pose la contraception.

VAN EMDE BOAS distingue quatre catégories de Médecins :

- les opposants ; ils sont anachroniques, et pourtant ils sont encore nombreux,
- les indifférents : ils sont dangereux, car ils indiquent n'importe quelle méthode, prescrivent des diaphragmes souvent mal adaptés, ajoutant ainsi des échecs iatrogènes aux échecs habituels,
- les avocats de la vieille génération : informateurs mais non formateurs,
- les avocats de la jeune génération; les seuls "apôtres".

Au cours de nos remplacements de Médecins, pendant deux années, nous avons pu constater la veracité de cette classification : une phrase résonne, particulièrement douloureuse à notre oreille, celle d'un Médecin à qui une jeune mère de 18 ans demandait un conseil de contraception : "vous avez un corps fait pour avoir des enfants "..... qu'entendait-il par là ?

Nous avons trouvé beaucoup de patientes traitées par un ovariostatique depuis deux à trois cycles, étonnées d'apprendre par notre bouche que ce médicament n'était autre que la pilule contraceptive ! elles prenaient depuis deux ou trois mois leur comprimé journalier sans se douter de ses effets véritables ! et que serait-il arrivé si elles avaient stoppé la prise du médicament sans prendre de précautions ? Une nouvelle grossesse sans aucun doute. La responsabilité médicale ne jouerait-elle pas dans ce sens ?

Le Médecin doit jouer son rôle d'informateur pleinement.

3.2 - Expliquer l'anatomie et la physiologie, exposer les différents procédés.

La majorité des personnes ignore totalement l'anatomie la plus élémentaire (telle cette femme, qui voulant se faire avorter elle même, avait placé une sonde en plastique dans son vagin,) et la physiologie. Toute consultation d'or-

thogénie devra donc commencer par un exposé sommaire, clair et précis afin de lever les doutes et les erreurs fermement enracinés dans l'esprit des patientes. Les erreurs les plus fréquemment rencontrées concernent essentiellement la période de fécondité : beaucoup croient qu'elle se situe pendant les règles, d'autres sont persuadés que les rapports après les règles ne sont pas dangereux. On ignore aussi que la fécondité varie d'un couple à l'autre, et qu'il n'y a aucune sécurité tant que l'ovulation ne s'est pas produite. On croit à l'action hormonale sur le retard de règles (Duogynon, Proluton-oestradiol), oubliant que lorsque le retard de règles se manifeste, la grossesse a au moins quinze jours!

Le Médecin devra donc commencer par effacer tous les doutes et lever les ignorances fortement enracinées dans ce domaine. Ensuite il exposera les différents procédés actuellement disponibles, et indiquera au couple le procédé qui lui semble le mieux adapté.

3.3 - Guider le choix

C'est un point important dans le déroulement de la consultation d'orthogénie.

3.3.1 - Aspects médicaux guidant le choix :

Pour les contraceptifs locaux, il faudra que la conformation anatomique de la femme se prête à une adaptation correcte de l'appareil choisi : fossette rétro-pubienne suffisamment profonde pour le diaphragme, col utérin suffisamment long pour la cape cervicale.

Pour la pilule, il faudra éliminer d'emblée les antécédents de phlébite, le diabète, les troubles fonctionnels hépatiques et les antécédents d'ictère.

On évitera de poser un stérilet chez une nullipare.

3.3.2 - Aspects psychologiques :

Toutes les méthodes contraceptives exigent une discipline très stricte, il ne s'agit pas de solutions de facilité, mais de responsabilité nouvelle, d'efforts constants que la femme s'impose, et que parfois elle n'est pas toujours en mesure d'assumer. Les difficultés naissent de l'ambivalence de la femme : d'une part elle désire se protéger contre la grossesse, d'autre part sommeille au fond d'elle même un désir inconscient de maternité. C'est pourquoi elle ne tiendra pas toujours compte des prescriptions ou les appliquera d'une façon fantaisiste.

Parmi les éléments d'orientation, la notion de méthodes antérieurement appliquées, et le choix préalable fait par le couple sont importants.

Les circonstances de recours à une méthode contraceptive impose parfois le choix :

- suites de couches : si la femme allaite, seul un moyen local pourra être prescrit : mais on a vu l'incertitude qui régnait concernant la bonne adaptation; la pilule peut être prescrite si la femme n'allait pas; dès le 10^e jour qui suit l'accouchement, et d'une façon continue pendant 60 à 80 jours, cependant dans la majorité des cas on préférera attendre le retour de couches.
- après un avortement la méthode orale est la plus indiquée.
- en cas de difficultés conjugales, sexuelles en particulier, la méthode orale aura là aussi la préférence, puisqu'elle respecte la spontanéité de l'acte, et apporte le maximum de sécurité.

Le type psychologique de la consultante :

- les femmes actives, efficaces, équilibrées, apprécieront le diaphragme, et seront capables de s'en arranger d'une façon stable et durable.
- les femmes dépressives, névrosées, surmenées, les frigides seront plus gênées qu'aidées par un contraceptif local (à moins qu'il ne s'agisse d'une dépression purement exogène ou d'une pseudo-frigidité due à la peur de la grossesse).
- le degré de maturité et de lucidité, les éléments inconscients et les résonances symboliques éventuellement sous-jacentes à chaque méthode peuvent avoir une influence plus ou moins grande sur son acceptabilité : en effet, se protéger peut provoquer une aggravation de la culpabilité, déjà présente dans la sexualité, et le sentiment d'être "en règle" que peuvent inspirer les méthodes de cycle, la prise de la température leur confère pour certaines une valeur très spéciale, malgré la discipline qu'elles imposent (ou peut être à cause de cette discipline). Ces méthodes sont très en vogue en province.
- la valeur orale de la pilule, avec éventuellement la signification de protection maternelle qui peut

y être attachée, lui ajoute pour certaines un attrait supplémentaire, alors qu'elle suscite chez d'autres une résistance reconnue illogique, mais tout à fait insurmontable bien souvent confondue ou camouflée par une cancérophobie. A noter que beaucoup d'hommes sont contre la pilule car ils sentent ainsi la femme leur échapper, et ils rêvent ainsi leur manque de confiance en leur compagne.

- le diaphragme, ressenti comme une "barrière" rebute certaines femmes et certains hommes, ces derniers déclarant "sentir" le diaphragme, même si leur partenaire ne l'a pas mis !
- le stérilet est souvent la seule méthode envisageable pour les femmes dépassées, demeurées plus ou moins infantiles, ou mal équilibrées. Il est souvent réclamé par les femmes jeunes avant tout autre essai, alors qu'il est refusé par certaines grandes multipares, qui le ressentent comme une atteinte à leur féminité (surtout en Afrique du Nord).
- la fréquence des rapports doit aussi intervenir dans la décision : en effet, inutile de prescrire la pilule à une femme que son mari honore deux à trois fois par mois, c'est la protéger totalement pour peu, alors qu'un diaphragme peut parfaitement convenir, surtout si les rapports ont lieu à date fixe (voyages, déplacements).
- il est important que le Médecin suive d'une façon attentive ses patientes, s'il veut éviter les échecs, une visite bis annuelle de contrôle pour vérifier le bon ajustement d'un diaphragme est nécessaire, et un frottis de dépistage annuel pour les femmes traitées par les ovariostatiques est conseillé.

4 - MOYENS MIS A LA DISPOSITION DU MEDECIN

=====

4.1 - Les études médicales :

Le problème de la contraception n'est absolument pas envisagé tout au long des études, dans aucune matière que ce soit. Tout au plus les esprits chercheurs pourront-ils appliquer les connaissances qu'ils ont acquises en anatomie, physiologie, pharmacologie, à leur désir d'aider leurs futures patientes dans ce domaine qui les préoccupe.

Quant à la formation psychologique du jeune Médecin elle est pratiquement nulle; notons cependant l'effort accompli par l'adjonction de quelques heures de Psychologie au programme de cinquième année; le réformateur s'est aperçu de l'incidence reconnue de plus en plus grande de la psychosomatique.

Le jeune Médecin qui désire se perfectionner en contraception devra donc s'adresser à l'enseignement post-universitaire, qui est à développer dans ce domaine, en multipliant le nombre de consultations d'orthogénie existant déjà dans les hôpitaux, ou au Mouvement Français pour le Planning Familial.

4.2 - Le Mouvement Français pour le Planning Familial :

Le début de ses activités remonte à 1956, lorsque Madame LAGROUA WEILL HALLE fonde une association : "La Maternité Heureuse" qui essaime rapidement en province. En 1963, création de la Fédération Nationale du Mouvement Français pour le Planning Familial. Le mouvement lutte sur deux fronts : d'une part obtenir l'abrogation de la loi de 1920 et le vote d'une nouvelle loi mieux adaptée aux exigences actuelles, d'autre part suppléer aux carences des pouvoirs publics, en donnant aux Médecins qui le désirent des informations sur les méthodes contraceptives, et en organisant des sessions de formations, au cours desquelles les Médecins sont initiés à l'utilisation de ces procédés.

Actuellement le M. F. P. F. organise annuellement quatre sessions qui sont divisées en deux parties : des cours théoriques, et un stage pratique, soit dans un service hospitalier, soit dans un dispensaire. Le Médecin qui a participé à ces cours et stage est agréé pour la prescription des contraceptifs locaux (jusqu'à présent, en fonction de la loi de 1920, ces contraceptifs ne pouvaient être délivrés qu'aux membres de l'association).

La participation du corps médical au mouvement est très faible, puisque le M. F. P. F. compte actuellement 2010 médecins inscrits sur un total de Médecins en France de 40.000 environ !

La moyenne d'âge de ces inscrits se situe vers 40 ans (moyenne d'âge de la totalité des Médecins Français : 47 ans, en comptant le début d'activité à 30 ans). Toutefois on note un rajeunissement de cette moyenne par les nouveaux inscrits.

4.3 - Les textes de loi :

Jusqu'au 28 décembre 1967, la loi de 1920 étant en vigueur toute action visant à encourager la contraception était illégale et risquait d'entraîner de lourdes peines pour les instituteurs; il est manifeste que la loi n'a pas été appliquée sinon un nombre considérable de personnes aurait envahi les prisons françaises.

On remarquera qu'en France c'est l'opinion publique grandissante en faveur de la contraception qui a poussé le gouvernement à s'intéresser à la question, et à abroger cette loi de 1920, alors que dans d'autres pays (Indes en particulier) ce sont les gouvernements, débordés par une natalité envahissante, qui tentent d'intéresser le public à la question (primes dérisoires à la stérilisation).

La nouvelle loi du 28 décembre 1967, appelée "LOI NEUWIRTH", malgré ses différences fondamentales avec le projet du Député, est fortement critiquée par l'ensemble du corps médical.

Notre propos n'est pas ici d'analyser dans ses détails tous les termes de cette loi, disons seulement qu'elle distingue :

- les contraceptifs locaux vendus librement aux personnes âgées de plus de 18 ans, délivrés aux moins de 18 ans sur présentation d'un certificat médical, d'un bon extrait d'un carnet à souches spécial (analogie avec les règles de prescription des médicaments du tableau B) et d'une autorisation paternelle,
- les contraceptifs oraux, vendus aux mêmes conditions quelque soit l'âge : certificat médical de non contrindications, bon du carnet à souches, et autorisation paternelle pour les moins de 18 ans.

Ce fameux carnet à souches "assimile le prescripteur d'oestro-progestatifs au prescripteur de morphine, et la femme qui en use au morphinomane, la vouant au mépris de son pharmacien (c'est une attitude assez fréquente)...
Dr. R. PALMER.

Il est à noter que les modalités d'application de cette loi ne sont pas encore en vigueur, et qu'une situation de fait s'établit actuellement, facilitant les choses.

4.4 - Les points de vue moraux et religieux :

L'encyclique papale récemment publiée ne laisse pas de doute sur la position de l'église catholique qui "ne donne pas le feu vert à la pilule" et qui sépare arbitrairement la

contraception en méthodes "naturelles" ayant le blanc-seing épiscopal, et en méthodes "artificielles", vouant leurs utilisateurs à la mort éternelle.

La position des Médecins catholiques est beaucoup plus nuancée, si l'on analyse le texte des journées nationales du Centre Catholique des Médecins Français (juillet 1967) "..... en conséquence le devoir de tout médecin catholique nous paraît être le suivant :

- 1 - à l'occasion d'une consultation concernant le contrôle des naissances ou la contraception, percevoir qu'il y a souvent derrière les paroles, une demande mal formulée ou informulée, qui a trait à l'épanouissement du lien d'amour inter-personnel.
- 2 - donner au couple, ou à défaut au conjoint, une information aussi complète, claire et objective que possible sur la totalité des aspects médicaux et humains du problème qui est posé, cela sans majorer ni minimiser les avantages et inconvénients, de quelque ordre qu'ils soient, présentés par les diverses méthodes médicalement envisageables.
- 3 - l'assister dans le choix d'un moyen qui lui permettra d'assumer valablement à telle période de son histoire, la fécondité globale de sa vie conjugale et sans pour autant l'asservir à une quelconque méthode, l'aider à mettre en oeuvre sa décision."

C'est très précisément ce que nous avons essayé de démontrer dans cette thèse.

Notons que le Centre Catholique des Médecins Français a réaffirmé, que malgré l'encyclique, il maintenait ses positions.

L'Eglise Protestante n'a jamais été opposée à la contraception.

Quant au Conseil National de l'Ordre des Médecins, il a modifié son point de vue depuis la déclaration de Février 1962 "Le Médecin n'a aucun rôle à jouer; ni aucune responsabilité à assumer dans l'application des moyens anticonceptionnels, dans les conseils au public ou les démonstrations relatives à l'emploi de ces moyens". Il semble qu'il ait adouci sa position.

CHAPITRE IV

A PROPOS DE QUINZE OBSERVATIONS PERSONNELLES

OBSERVATION N° 1 Mme B... 21 ans.

Mariée depuis 1 an, elle ne désire pas pour l'instant d'enfant, car elle vient de prendre avec son mari un commerce, et une naissance serait pour eux une catastrophe pour le moment. Elle est vue à la suite de trois fausses couches successives, adressée par une amie.

Sur le plan clinique, elle est très irrégulièrement réglée, n'a pas d'antécédents pathologiques particuliers, mais a une forte tendance à prendre du poids, ce qui nous a fait hésiter à lui prescrire la pilule.

La pose du diaphragme est vite apprise, et donne entière satisfaction après six mois d'utilisation,

OBSERVATION N° 2 Mme B... 28 ans.

Mariée depuis six ans, 4 enfants, 1 fausse couche provoquée à 4 mois de grossesse, qui s'est soldée par une basiothrypsie du fœtus, et une grosse réanimation de la mère.

Elle ne veut plus d'enfant ; relativement passive, elle ne veut faire aucun effort, a peur de mal poser le diaphragme, ou d'oublier de prendre sa pilule.

Au point de vue clinique, elle a des varices des membres inférieurs.

C'est l'indication type pour la pose d'un stérilet, chez cette femme que nous avons vue à l'occasion de son hospitalisation. Elle a suivi nos conseils (elle était prête à tout pour ne pas avoir d'autre enfant, son acte l'a prouvé) et est allée trouver le gynécologue que nous lui avions conseillé.

OBSERVATION N° 3 Mlle L... 30 ans. Institutrice.

Célibataire, sans enfant, pas de fausse couche ; pas d'antécédent pathologique notable, irrégulièrement réglée.

C'est l'indication type pour la pilule : célibataire, ne désirant pas d'enfant, comptant se marier d'ici 1 an ou 2.

OBSERVATION N° 4 Mme F... 42 ans.

21e gestation, 14 enfants vivants, 7 fausses couches provoquées. Peu développée sur le plan psychique et intellectuel, éthylique de surcroît, vit dans des conditions déplorables (bidonville) refuse tout dialogue ; n'est intéressée par rien.

C'est l'exemple type pour lequel il n'y a rien à faire sur le plan individuel : aucun désir de s'élever, se contente de sa condition; ce cas est d'ordre social; il faudrait prendre des mesures d'hygiène mentale et sexuelle.

OBSERVATION N° 5 Mme H... 27 ans.

5 enfants, 3 fausses couches provoquées ; peu accessible à la compréhension, ne demande rien, n'est pas ouverte à ce genre de problèmes. Il est inutile de lui prescrire quoique ce soit si à force de patience et d'abnégation nous étions arrivé à lui faire admettre un contraceptif quelqu'il soit, l'utilisation en aurait été faite en dépit du bon sens.

Cette observation rejoint la précédente. La seule solution serait d'imposer un stérilet,

OBSERVATION N° 6 Mme T... 32 ans.

4 enfants, 3 fausses couches provoquées qu'elle pratique elle-même. Nous la voyons à l'occasion de sa dernière fausse couche. Elle est intéressée par les méthodes que nous lui proposons, et en attendant de lui adapter un diaphragme, nous lui prescrivons un contraceptif oral pour trois mois.

Cette femme intéressée par la contraception, et dont personne ne lui avait parlé auparavant, n'est pas revenue pour son diaphragme, a-t-elle pris ses pilules ?

OBSERVATION N° 7 Mme M... 35 ans.

9 enfants, 4 fausses couches provoquées. Elle a utilisé des cônes Rendell pendant 6 ans avec succès ; mais ressentant des douleurs abdominales, elle a cessé, ce qui a entraîné les trois dernières grossesses, pour lesquelles elle a fait deux fausses couches. Irrégulièrement réglée, elle a des cycles qui durent jusqu'à 45 jours. Elle ne veut plus d'enfant. Nous la mettons à la pilule pour trois mois ; elle supporte bien le traitement, et nous lui renouvelons la prescription pour six mois.

Ce cas est intéressant, car il montre que le changement, ou l'abandon d'une méthode contraceptive, qui a donné de bons résultats sur le plan individuel, alors que, sur le plan statique, les résultats sont déplorables, a entraîné trois grossesses non désirées; devant l'irrégularité des cycles, il était très tentant de donner un ovariostatique.

OBSERVATION N° 8 Mme C... 35 ans.

4 enfants, 2 fausses couches non provoquées. N'a aucune notion des périodes de fécondité, pratique seulement une limitation des rapports, sans tenir compte d'aucune date. Elle désire un diaphragme, et apprend très vite à le poser ; elle en est satisfaite après six mois d'utilisation.

Ce cas est une bonne indication pour un contraceptif local, qu'elle pourra utiliser longtemps. Le couple, aux conditions modestes (elle femme de service, lui chauffeur d'ambulance à l'hôpital) ne désire plus d'enfants. A noter que le mari avait pris le service de nuit dans le seul but de limiter les rapports !

OBSERVATION N° 9 Mme S... 35 ans.

2 enfants, 4 fausses couches pratiquées par elle-même. Très ouverte à la contraception, n'a jamais osé en parler à son Médecin, et regrette que ce dernier ne lui ait jamais proposé de l'aider. C'est une bonne indication pour un diaphragme ; seulement, entre la visite d'apprentissage et la réception du diaphragme, elle devient à nouveau enceinte, malgré les recommandations que nous lui avons faites, et l'ordonnance de préservatif que nous avons laissée pour son mari (celui-ci n'osant pas se présenter chez un pharmacien pour en acheter). Depuis sa dernière fausse couche, elle utilise son diaphragme avec satisfaction.

Cette femme encore jeune ne désire plus d'enfant, nous hésitons à prescrire pour une très longue durée un ovariostatique, aussi avons nous pensé que le diaphragme conviendrait bien; malheureusement un incident est survenu, qui nous a fait regretter de ne pas avoir prescrit la pilule à titre transitoire.

OBSERVATION N° 10 Mme O... 20 ans.

Mariée depuis huit mois, situation financière précaire (achat d'un appartement) le couple ne désire pas d'enfant pour le moment : elle vient de faire une fausse couche provoquée. Devant la tendance à prendre du poids, nous lui proposons un diaphragme, qu'elle apprend très vite à utiliser, et dont elle est satisfaite après six mois.

Cette jeune femme et son mari ont été vus après le curetage, afin de prescrire un repos de quelques jours. Vu les circonstances de la demande de repos, nous leur avons parlé directement de régulation des naissances. Très vivement intéressés, ils ont demandé à réfléchir avant de se décider. Finalement et en fonction du contexte clinique c'est un diaphragme que nous leur avons proposé.

OBSERVATION N° 11 Mme P... 29 ans.

4 enfants, le dernier étant né malgré l'utilisation d'une cape cervicale, devant cet échec, elle est ensuite mise au traitement ovariostatique ; mais elle ne supporte pas la pilule : elle ressent de gros troubles digestifs. En fait, chez cette catholique pratiquante, tout moyen contraceptif est mal accepté. Deux solutions restent, afin de conserver l'équilibre psychique et conjugal : la ligature des trompes, ou la ligature des déférents ; le couple en discute longuement avec leur Médecin traitant. Ils sont tous deux d'accord pour l'une ou l'autre intervention. Finalement ils se décident pour la ligature des trompes.

Cette observation montre que dans un tel cas, où il faut préserver l'équilibre d'une famille et d'une femme, les solutions extrêmes, que l'on répugne à utiliser, peuvent être envisager.

OBSERVATION N° 12 Mme F... 31 ans.

2 enfants, ne désire plus d'enfant pour le moment, car elle suit actuellement des cours de promotion sociale, qui lui permettront d'accéder à un haut poste dans l'administration. Femme active, intelligente, s'accommode parfaitement de la pilule depuis six mois. Désirant traiter par l'homéopathie une rhinite allergique rebelle à tout traitement allopathique, elle demande un contraceptif local, un diaphragme en l'occurrence, dont elle apprend à se servir très rapidement, et dont elle est satisfaite après un an d'utilisation.

Cet exemple montre qu'une femme parfaitement équilibrée peut sans difficulté passer d'une méthode à une autre en fonction des circonstances.

OBSERVATION N° 13 Mlle C... 20 ans.

Vue avec son futur époux à l'occasion du certificat pré-nuptial. Nous leur parlons de contraception, ce qui les intéresse vivement, car étudiants, ils n'ont pas encore achevé leurs études, et ne désirent pas d'enfant tout de suite. Après une conversation au cours de laquelle nous leur expliquons la physiologie de la fécondation, nous prescrivons à la jeune femme un contraceptif oral, qu'elle pourra utiliser un mois avant le mariage, afin de s'y habituer.

Cette observation montre l'intérêt suscité auprès des jeunes couples, qui désirent planifier leurs naissances en fonction de leur ascension sociale.

OBSERVATION N° 14 Mme D... 45 ans.

Mère de trois grands enfants, cette femme paraissant dix ans de moins se découvre soudain une phobie de la grossesse. Personne intelligente, elle réclame à tout prix un contraceptif. Nous décidons à titre d'essai la prescription de trois mois d'ovariostatique ; bien supporté, elle demande une prolongation de la prescription.

C'est un cas intéressant, car la pilule va permettre à cette femme encore jeune de passer une ménopause sans trouble.

OBSERVATION N° 15 Mme L... 32 ans.

2 enfants, 6 fausses couches provoquées ; vue à l'occasion de la dernière fausse couche, nous lui exposons les divers procédés actuellement à disposition. La pilule est d'emblée contraindiquée devant les varices des membres inférieurs ; elle ne veut pas du stérilet ; il reste donc le diaphragme ; mais l'apprentissage est extrêmement laborieux : elle n'arrive pas à comprendre qu'il faut que le dôme du diaphragme soit placé vers le haut ; finalement, au bout d'une heure de patience de notre part, elle arrive à le placer correctement ; satisfaction lui est donnée après huit mois d'utilisation.

Cette observation montre qu'avec beaucoup de patience le Médecin peut arriver à faire adopter une méthode qui semblait rebuter au début.

ooo0ooo

CONCLUSION

Sur le plan individuel, le Médecin a donc un rôle important à jouer dans le domaine de la planification des naissances.

Il doit être à tout moment disponible pour aider ses patients ; plus même, il doit parfois, dans certaines circonstances, être l'instigateur de la contraception. Il doit savoir engager le dialogue, faire venir la question, ne pas se dérober, guider le choix de la meilleure méthode pour un cas donné.

Pour cela, il est de son devoir de se tenir constamment à jour des techniques et des médicaments nouveaux, afin de les prescrire en toute connaissance de cause, comme d'ailleurs dans tous les autres domaines de la thérapeutique.

La prescription d'un contraceptif ne sera pas laissée au hasard, mais sera l'issue d'une consultation médicale, ou consultation d'ORTHOGÉNIE au cours de laquelle le médecin tiendra compte des divers éléments que sont :

- les conclusions de l'examen clinique de la consultante et l'étude de ses antécédents pathologiques ;
- le profil psychologique de la femme, et éventuellement l'attitude de son mari.

Ces données, compte tenu des désirs de la femme, permettront au Médecin de déterminer quelle est la meilleure méthode contraceptive qui convient le mieux au couple qui consulte, à un moment donné de son histoire.

Seul donc le médecin est l'autorité la plus compétente pour la prescription d'un contraceptif. Il est le seul qui soit capable d'évaluer le bien fondé de l'application d'une méthode donnée, dans un cas donné, à un moment donné. Il est le seul qui ait les connaissances en anatomie, physiologie, pharmacologie, lui permettant d'instruire ses patients, et d'éviter ainsi les catastrophes que pourraient entraîner l'ignorance, les fausses informations et les erreurs d'adaptation dans ce domaine.

Vu le Président de Thèse

Vu le Doyen de la Faculté

Pr. R. MERGER

Pr. G. BROUET

Vu et Permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

Jean ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

1 - BOUTET DE MONVEL R.

"Le choix d'une méthode de contraception".
Bulletin d'information des Médecins du M. F. P. F. n°
12 - Janvier 1968.

2 - COURY C. & BATIETY.

"Histoire de la Médecine". Fayard éd.

3 - DALSACE J. & PALMER R.

"La contraception".

4 - DONGIER.

"Psychologie du couple et contrôle des naissances".
Marseille Médical n° 10 1966.

5 - FRIBOURG A.

"Psychologie et contraception".
Revue de Médecine Juin, Juillet, Août 1965.

6 - HIMES N. E.

"History of contraception".
Gamut press inc. New-York 1963.

7 - KAHN NATHAN J.

"La contraception".
Revue Française de Gynécologie Obstétrique, Juin 1966.
Le Concours Médical.

8 - KAHN NATHAN J.

"Les préservatifs féminins".
La contraception, Masson éd. Paris 1963.

- 9 - LAGROUA WEILL HALLE M. A.
"La contraception orale ou locale".
Maloine éd. Paris 1964.
- 10 - LAGROUA WEILL HALLE M. A.
"La Française devant la contraception".
Le Concours Médical, n° 25, Novembre 1967.
- 11 - MICHEL WOLFROMM H.
"Acceptabilité des méthodes de contraception".
Marseille Médical, n° 10 1966.
- 13 - MICHEL WOLFROMM H. & REY J.
"Psychologie et contraception".
La contraception, Masson éd. Paris 1963.
- 14 - NEUWIRTH L.
"Le dossier de la Pilule".
La Pensée Moderne éd. Mars 1967.
- 15 - "LA REVUE DE MEDECINE".
"Psychopathologie sexuelle" (2) (Travail de la clinique
gynécologique de la faculté de Médecine de Paris,
numéro spécial 12, Juin, Juillet, Août 1965).
- 16 - REY J.
"La contraception".
Encyclopédie Médico-Chirurgicale, tome Psychiatrie,
Novembre 1967.
- 17 - REY J. & DUREAU F.
"Gynécologie et Obstétrique Psycho-somatique".
Encyclopédie Médico-chirurgicale, tome Psychiatrie,
Mai 1966.
- 18 - SIBERT J.
"La stérilisation féminine préventive".
Thèse Médecine Paris 1962 - éd. A. G. E. M. P.

